



**POUVOIR JUDICIAIRE
GERICHTSBEHÖRDEN**

ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

**Tribunal cantonal TC
Kantonsgericht KG**

Rue des Augustins 3, case postale 630, 1701 Fribourg

T +41 26 304 15 00

www.fr.ch/tc

608 2024 6

Arrêt du 14 février 2025

II^e Cour des assurances sociales

Composition

Présidente : Daniela Kiener
Juges : Johannes Frölicher, Anne-Sophie Peyraud
Greffière-rapporteure : Anne-Françoise Boillat

Parties

A. _____, **recourante**, représentée par Me Elio Lopes, avocat
contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
FRIBOURG, autorité intimée**

Objet

Assurance-invalidité – refus de rente

Recours du 9 janvier 2024 contre la décision du 27 novembre 2023

considérant en fait

A. A. _____ (ci-après: assurée ou recourante), née en 1971, célibataire, mère de deux enfants adultes, titulaire d'un CFC d'aide hospitalière depuis 1991 et d'un diplôme d'esthéticienne depuis 1998, a travaillé depuis 2006 comme esthéticienne indépendante.

En incapacité de travail médicalement attestée depuis août 2018 sur la base de douleurs au niveau du membre inférieur gauche et de douleurs diffuses articulaires principalement dans la région cervico-dorso-lombaire et les épaules, l'assurée a déposé une demande de prestations AI, reçue le 5 juin 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI).

B. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI a recueilli des renseignements auprès des médecins traitants de l'assurée, sur les plans notamment de la médecine interne, de la neurologie, de la rhumatologie et de la chirurgie orthopédique. Par communication du 10 février 2021, l'OAI a informé l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel dans le cadre de la procédure d'intervention précoce n'entraîne en ligne de compte tout en précisant que son droit à d'autres prestations allait être examiné.

Suivant l'avis médical du 30 juin 2021 du médecin généraliste de son Service médical régional (ci-après: SMR), le Dr B. _____, spécialiste en médecine interne, l'OAI a ordonné la mise sur pied d'une expertise pluridisciplinaire sur les plans de la médecine interne, rhumatologie, psychiatrie et neurologie auprès de C. _____, dont les conclusions ont été rédigées le 17 mars 2022.

Sur cette base, l'OAI a rendu le 20 avril 2022 un projet de décision informant l'assurée qu'il avait l'intention de lui refuser une rente d'invalidité en l'absence de pathologies somatiques ou psychiatriques ayant des répercussions sur la capacité de travail, la capacité de gain demeurant par conséquent intacte.

Suite aux objections de l'assurée, déposées le 23 mai 2022, à l'appui desquelles cette dernière a transmis de nouveaux rapports médicaux, l'OAI a requis un complément à l'expertise du 17 mars 2022 auprès des mêmes experts, estimant que des clarifications étaient nécessaires sous l'angle neurologique et psychiatrique. Le rapport d'expertise complémentaire a été rédigé le 5 octobre 2022.

Après la transmission, par l'assurée, d'un nouveau rapport médical émanant de sa généraliste traitante, la Dre D. _____, spécialiste en médecine interne (rapport du 12 mai 2023), l'OAI a sollicité une nouvelle fois l'avis médical du Dr B. _____, médecin au sein du SMR (rapport du 30 juin 2023). Considérant qu'aucune péjoration n'était survenue dans l'état de santé de la recourante, l'OAI, par décision formelle du 27 novembre 2023, a refusé d'allouer à l'assurée une rente AI en se fondant sur le rapport d'expertise du 17 mars 2022 et son complément du 5 octobre 2022.

C. Contre cette décision, l'assurée, représentée par Me Elio Lopes, interjette recours au Tribunal cantonal le 9 janvier 2024. Sous suite de frais et dépens, elle conclut à titre préliminaire à ce que la procédure soit suspendue jusqu'à ce que le rapport d'expertise requis dans le cadre de la procédure pénale ouverte devant le Ministère public fribourgeois, suite à une plainte pénale déposée pour lésions corporelles par négligence en lien avec une opération subie à la cheville gauche en novembre 2018, soit déposé. Au fond, la recourante conclut principalement à l'annulation de la

décision du 27 novembre 2023 et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2020, subsidiairement à la mise en œuvre par le Tribunal de céans d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire relevant de la rhumatologie, neurologie, médecine interne et psychiatrie, plus subsidiairement, au renvoi de la cause à l'autorité intimée en vue de la mise sur pied d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire couvrant les domaines précédemment évoqués.

A l'appui de son recours, la recourante fait tout d'abord valoir un grief de nature formelle. Elle estime en effet que son droit d'être entendue a été violé dans la mesure où l'OAI, avant de rendre la décision litigieuse, ne lui a pas transmis le rapport médical du Dr B. _____, rédigé le 30 juin 2023, et sur lequel l'autorité intimée s'est également fondée pour justifier son refus de rente. Elle s'insurge ensuite contre l'expertise pluridisciplinaire du 17 mars 2022 et son complément du 5 octobre 2022, qui seraient dénués de force probante, dans la mesure d'abord où ils se fonderaient sur un dossier lacunaire (certains documents médicaux n'ayant pas été pris en considération), mais également du fait qu'ils seraient en contradiction avec les avis médicaux des médecins traitants de la recourante, l'expert en neurologie, le Dr E. _____, spécialiste en neurologie, ayant écarté à tort toute atteinte neuropathique (en l'occurrence au niveau du nerf fibulaire gauche et celui sural cutané) alors que de telles lésions seraient médicalement documentées. Quant aux conclusions de l'experte psychiatre, la Dre F. _____, spécialiste en psychiatrie-psychothérapie, cette dernière se serait également méprise en retenant (uniquement) un syndrome douloureux somatoforme persistant non incapacitant alors qu'elle souffrirait d'un état de stress post-traumatique chronique et d'un état dépressif sévère. De l'avis de la recourante, tant l'atteinte neurologique (niée) que les pathologies psychiatriques dont elle souffre engendreraient une incapacité de travail importante dans l'exercice de toute activité.

Dans ses observations du 21 février 2024, l'OAI conclut au rejet de la requête visant à titre préliminaire à la suspension de la procédure. Sur le fond, l'autorité intimée conclut au rejet du recours en réitérant le caractère probant de l'expertise et son complément.

Le 27 février 2024, le Tribunal a informé la recourante qu'il rejetait sa demande de suspension de procédure. Dans ses déterminations du 10 avril 2024, la recourante a confirmé ses précédents allégués et fait parvenir au Tribunal un rapport médical du Dr G. _____, spécialiste en chirurgie plastique et des nerfs périphériques. Le mandataire de la recourante a également transmis sa liste de frais.

D. Autant qu'utiles à la solution du litige, il sera fait état des arguments développés par les parties à l'appui de leurs conclusions respectives dans les considérants en droit du présent arrêt.

en droit

1.

Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par une personne directement touchée par la décision attaquée et dûment représentée, le recours est recevable.

2.

2.1. Par un premier argument de nature formelle, la recourante se plaint du fait que, dès lors que l'OAI ne lui a pas transmis le rapport médical du 30 juin 2023 du Dr B. _____, lequel a également servi de fondement à la décision litigieuse, il a violé son droit d'être entendue, la privant de son droit de réplique inconditionnel.

2.2. Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel (art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 [Cst.; RS 101]) dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond.

La jurisprudence a notamment déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst.), en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 142 II 218 consid. 2.3; 142 III 48 consid. 4.1.1). Le droit d'être entendu impose en outre à l'autorité de motiver clairement sa décision (ATF 134 I 83 consid. 4.1; 133 III 439 consid. 3.3).

Pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière, la violation du droit d'être entendu est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 132 V 387 consid. 5.1 et les arrêts cités). Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (ATF 137 I 195 consid. 2.3.2; 135 I 279 consid. 2.6.1). Toutefois, même dans l'hypothèse où la violation du droit d'être entendu serait d'une gravité particulière, un renvoi de la cause à l'administration dans le sens d'une réparation du droit d'être entendu ne saurait entrer en considération, si et dans la mesure où le renvoi conduit formellement à un temps mort ainsi qu'à des retards inutiles, incompatibles avec l'intérêt du justiciable à un jugement expéditif de la cause (ATF 132 V 387 consid. 5.1).

2.3. Au vu des pièces versées au dossier, et comme l'admet également l'OAI (cf. détermination de l'OAI du 21 février 2024 p. 4), il est avéré que l'autorité intimée n'a pas transmis au mandataire de la recourante, avant de rendre la décision contestée, l'avis du médecin du SMR du 30 juin 2023. Ce faisant, la recourante n'a pas eu connaissance de l'existence de ce document avant le prononcé de la décision du 27 novembre 2023 et n'a pas pu se déterminer au préalable à son sujet. Son droit d'être entendu a donc été violé (voir ATF 136 V 117 consid. 4). Dès lors que la recourante a néanmoins eu connaissance de ce rapport en consultant le dossier AI en vue de son recours au Tribunal cantonal (dos. AI p. 432), qu'elle a ainsi pu s'exprimer à son sujet devant le Tribunal de céans (voir à ce sujet son mémoire de recours, notamment p. 27, 28, 31, 32, 35 à 37), qui jouit du même pouvoir d'appréciation que l'autorité intimée, la violation de son droit d'être entendue a été réparée (cf. ATF 137 I 195 consid. 2.3.2). Quoiqu'il en soit, il ne se justifie pas d'annuler la décision entreprise pour ce motif et de renvoyer la cause en vue de la correction du vice. Une telle démarche constituerait une vaine formalité.

Partant, le grief doit être rejeté.

3.

3.1. Le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieurs à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1 et les références citées).

3.2. Dans le cadre du développement continu de l'AI, la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance invalidité (LAI; RS 831.20), le règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) et la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (modification du 19 juin 2020; RO 2021 705; FF 2017 2363).

S'agissant plus spécifiquement du nouveau système des rentes linéaire, entré en vigueur au 1^{er} janvier 2022, les dispositions transitoires de la modification du 19 juin 2020 (let. b, al. 1) énoncent que pour les bénéficiaires de rente dont le droit à la rente est né avant l'entrée en vigueur de la présente modification et qui n'avaient pas encore 55 ans à l'entrée en vigueur de cette modification, la quotité de la rente ne change pas tant que leur taux d'invalidité ne subit pas de modification au sens de l'art. 17, al. 1, LPGA. Dans sa circulaire relative aux dispositions transitoires concernant le système de rentes linéaire (Circ. DT DC AI, chiffre 1007s.), l'Office fédéral des assurances sociales précise que les rentes d'invalidité de l'ancien droit sont les rentes dont le début du droit est né avant le 31 décembre 2021 et les rentes d'invalidité du nouveau droit sont celles dont le début du droit est intervenu dès le 1^{er} janvier 2022. Il en résulte que si une décision concernant la fixation initiale ou la modification du droit à la rente est rendue après le 1^{er} janvier 2022, les dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 restent applicables si la survenance de l'invalidité ainsi que le début du droit à la rente sont antérieurs au 31 décembre 2021 (voir également Circ. DT DC AI, chiffre 1009, dont il ressort implicitement que l'ancien droit reste aussi applicable en cas de modification du droit à la rente survenue avant le 1^{er} janvier 2022).

Compte tenu de ce qui précède, les nouvelles dispositions légales introduites dans le cadre du développement continu de l'AI et entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2022 ne sont ici pas applicables. En effet, dans la mesure où la demande de prestations AI a été reçue le 5 juin 2020 par l'OAI, le droit à une rente AI prendrait naissance au plus tôt le 1^{er} décembre janvier 2020, soit avant l'entrée du nouveau droit.

4.

4.1. A teneur de l'art. 8 al. 1 LPGA, applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

4.2. Pour statuer, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état

de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c).

En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions du médecin soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157).

4.3. Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références citées). En outre, l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt TF 9C_201/2007 du 29 janvier 2008).

Le caractère ponctuel d'une expertise ne saurait lui enlever toute valeur dans la mesure où le rôle d'un expert consiste justement à apporter un regard neutre et autorisé sur un cas particulier. Au demeurant, l'appréciation de l'expert ne repose pas uniquement sur les observations qu'il a directement effectuées mais tient compte de l'intégralité du dossier médical mis à sa disposition, ce qui permet au praticien d'avoir une représentation complète de l'évolution de la situation médicale (arrêt TF 9C_844/2009 du 29 mars 2010 consid. 4.3).

4.4. Les atteintes à la santé psychique – y compris les troubles somatoformes douloureux persistants ou fibromyalgie – peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA (art. 7 al. 2 2^{ème} phrase LPGA; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1). Etendant la pratique relative aux douleurs de nature somatoforme à l'ensemble des troubles d'ordre psychique (cf. ATF 143 V 409), le TF a souligné que l'analyse doit tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante de ces diagnostics (ATF 141 V 281 consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2). On conclura dès lors à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact; ATF 141 V 281 consid. 2.2.1).

Selon l'ATF 141 V 281, la capacité de travail réellement exigible des personnes concernées doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. Cette évaluation doit se dérouler en tenant compte d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique. La phase diagnostique doit mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic présuppose un certain degré de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fournissent également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il convient également de bien intégrer la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue. Jouent également un rôle essentiel les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes.

5.

Dans un premier temps, il convient d'examiner la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire du 17 mars 2022 et son complément du 5 octobre 2022 sur lesquels l'OAI s'est fondé pour arrêter sa décision litigieuse.

Dans leurs conclusions interdisciplinaires (sous l'angle neurologique, rhumatologique, de médecine interne et psychiatrique) du 17 mars 2022, les experts de C._____ ont diagnostiqué, en tant qu'atteintes ayant ou non des répercussions sur la capacité de travail (dos. AI p. 181):

- Syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4)
- Fibromyalgie
- Douleurs de caractère neurogène plus ou moins systématisées dans le territoire du nerf fibulaire commun
- Probables migraines sans et avec auras, épisodiques, peu fréquentes, sans impact significatif sur la capacité de travail
- Status après cure chirurgicale pour un syndrome du canal carpien droit le 28.01.2022
- Arthrose de la cheville gauche avec status après arthrotomie en 2018
- Douleurs persistantes de la jambe gauche d'étiologie indéterminée
- Traits émotionnellement labiles légers.

S'agissant de la capacité de travail, sur la base de leurs constatations cliniques, en l'absence de diagnostics invalidants, les experts ont retenu que la recourante ne présentait aucune limitation fonctionnelle, que ce soit d'ordre somatique ou psychiatrique. Ils ont par conséquent estimé que la capacité de travail de la recourante était, depuis toujours, pleine et entière, sans perte de rendement, quelle que soit l'activité exercée.

Dans le complément d'expertise du 5 octobre 2022, les experts ont confirmé que les conclusions figurant dans l'expertise du 17 mars 2022 demeuraient actuelles dès lors qu'aucune péjoration n'était intervenue dans l'état de santé de la recourante.

6.

6.1. D'un point de vue strictement formel tout d'abord, l'expertise est complète, convaincante, et satisfait aux exigences jurisprudentielles. Elle fournit les renseignements et évaluations devant permettre à l'administration et au juge d'estimer le caractère invalidant des atteintes à la santé. Les

experts, dont les qualifications médicales ne sauraient être mises en doute, ont procédé chacun à un examen personnel de la recourante, en neurologie (d'une durée de 2h), en psychiatrie (d'une durée de 1h15), en médecine interne (d'une durée de 50 minutes) et en rhumatologie (d'une durée de 1h15). Ils ont tenu compte des plaintes de la recourante au terme d'une discussion ouverte, puis ont posé des questions ciblées en fonction des thématiques propres à leur domaine d'investigation respectif. Les experts ont livré une anamnèse sur les plans systématique, familial et social (dos. AI p. 226) et énoncé de manière détaillée les avis médicaux antérieurs figurant au dossier (dos. AI p. 188 à 195), démontrant ainsi une étude approfondie et consciencieuse du dossier. Par souci d'exhaustivité, les experts ont requis des examens complémentaires (de laboratoire et en médecine générale, dos. AI p. 187). N'en déplaise à la recourante (mémoire de recours p. 26 *in fine*), les infiltrations (et leurs bienfaits à seulement court terme) réalisées entre mars et septembre 2021 par le Dr H. _____, spécialiste en anesthésiologie, n'ont pas été ignorées. En effet, dans le cadre des mesures d'instruction ordonnées par l'OAI, le Dr G. _____ (dos. AI p. 212), spécialiste en chirurgie plastique et en chirurgie des nerfs périphériques, dès lors que consulté sur cette problématique également, a pris position (rapport médical du 23 novembre 2021) sur la question de l'origine neuropathique (ou non) des douleurs à la jambe gauche, aussi à la lumière des infiltrations pratiquées par le Dr H. _____ durant les mois précédents (dos. AI p. 285). Le contexte médical de l'expertise est, quant à lui, clairement décrit et les conclusions des experts motivées. Quant à la question des (possibles) atteintes à la santé de la recourante, celles-ci sont documentées en suffisance.

Au vu de ce qui précède, l'expertise doit être qualifiée de probante sur le plan formel.

6.2. Sous l'angle matériel, les conclusions des experts ne prêtent également pas le flanc à la critique.

6.2.1. S'agissant du volet de la médecine interne générale d'abord, l'expert de cette discipline, le Dr I. _____, spécialiste en médecine interne, a procédé à un examen clinique fouillé de la recourante (status général, dermatologique, cardio-vasculaire, pneumologique, de l'abdomen, oto-rhino-laryngologique et ophtalmologique; dos. AI p. 202 et 203), qui n'a pas révélé de particularités, si ce n'est des phénomènes allergiques sur le plan ORL et pulmonaire. Sur la base des plaintes évoquées par la recourante (au niveau musculaire, articulaire lui causant une grande fatigue), l'expert n'a relevé aucune fatigue perceptible (pas de bâillements ni d'attaques de paupières). L'on ne saurait donc, au vu de ces constatations, reprocher à l'expert de ne pas avoir retenu de diagnostic incapacitant (dos. AI p. 203).

Partant, en l'absence de limitations fonctionnelles sur le plan de la médecine interne, il n'y a rien à redire quant au fait que l'expert a retenu que la recourante disposait depuis toujours d'une capacité de travail pleine et entière.

6.2.2. Du point de vue rhumatologique ensuite, l'expert mandaté, le Dr J. _____, spécialiste en rhumatologie, a établi un *status* rhumatologique complet en ciblant ensuite son évaluation médico-asséurologique sur les douleurs évoquées par la recourante lors de l'entretien approfondi (dos. AI p. 245). Au terme d'un examen clinique fouillé et ciblé (dos. AI p. 251), il n'a, ainsi, en position debout, perçu aucun trouble statique majeur. Quant à l'inclinaison et la rotation du rachis, l'expert les a qualifiées d'indolores à gauche et de douloureuses à droite. La nuque est également indolore, à la palpation et en mouvements de rotations. En position assise, la percussion du rachis dorso-lombaire ne génère aucune douleur et les muscles ne présentent pas de contractures. Quant aux articulations, elles ne montrent pas de signes d'arthrite, synovite ou ténosynovite et leur

palpation est également sans particularités, sauf l'étreinte des mains. La mobilité des hanches, quant à elle, est conservée et les mouvements ne déclenchent pas de douleurs chez la recourante. Toujours au niveau des hanches, l'expert n'a pu identifier aucun signe de coxopathie. Enfin, tant les genoux que les chevilles ne présentent pas de signes inflammatoires, les chevilles, symétriques, ne montrant pas d'œdèmes ni de changements de coloration. L'expert s'est référé également à l'historique médical de la recourante faisant état de multiples investigations effectuées (IRM de la cheville gauche en septembre 2019, du genou gauche en octobre 2019, du rachis cervical en mars 2020; radiographies des mains, des pieds, du rachis lombaire, du bassin, du rachis cervical en octobre 2020 [dos. AI p. 266 à 268], IRM et arthrographie de la cheville gauche en 2021) après l'opération à la cheville gauche en 2018 (prise en charge d'un kyste de l'astragale avec compression du nerf tibial gauche arthrotomie de la cheville postéro-médiale et neurolyse du nerfs tibiale gauche). Or, aucune d'entre elles n'a pu expliquer les douleurs ressenties par la recourante. Gardant à l'esprit les considérations médicales de son confrère, le Dr H._____, qui fait état d'une origine mystérieuse aux douleurs éprouvées (dos. AI p. 101), l'expert en rhumatologie a pu identifier tous les points douloureux algiques typiques propres à une fibromyalgie (dos. AI p. 252). Quant à l'avis médical subséquent du 14 septembre 2023 du Dr K._____, spécialiste en rhumatologie, il a, lui aussi, admis que la recourante répondait aux critères permettant de retenir une fibromyalgie (dos. AI p. 391), conclusion dont il n'y a pas lieu de s'écarter.

S'agissant des autres diagnostics complétant le tableau clinique, l'expert, en se fondant sur les clichés réalisés, a logiquement retenu la présence d'arthrose à la cheville gauche, celle-ci ne pouvant néanmoins nullement expliquer l'intensité du trouble douloureux éprouvé. N'omettant pas le fait que la recourante a évoqué une dégradation de ses douleurs depuis l'opération à la cheville gauche en novembre 2018, l'expert a également retenu, au titre de diagnostic, des douleurs persistantes à la jambe gauche d'étiologie indéterminée, évoquant toutefois et à juste titre que les troubles douloureux ressentis étaient déjà présents avant l'intervention (depuis 2013), sans que l'orthopédiste consulté alors n'ait pu en expliquer totalement l'origine. Enfin, la situation au niveau des mains a également été appréhendée avec la mention d'un *status* après une cure chirurgicale pour un syndrome du canal carpien droit ayant eu lieu le 28 janvier 2022 (dos. AI p. 252).

Sur la base des observations médicales figurant ci-avant et en l'absence de limitations fonctionnelles constatées, l'on ne voit rien à redire au fait que l'expert a estimé qu'il n'existait pas de pathologie invalidante sur le plan rhumatologique diminuant de façon durable la capacité de travail de la recourante. Insistant sur le fait que le tableau clinique était influencé par d'importants facteurs extra somatiques, l'expert a néanmoins relevé que la recourante était dotée de ressources personnelles (capacités de résilience lui ayant permis une bonne insertion sociale, professionnelle et personnelle), tant internes qu'externes (dos. AI p. 254).

Il n'y a donc aucune raison permettant de se distancier des conclusions de l'expert en rhumatologie qui considère que la recourante dispose d'une capacité de travail pleine et entière, quelle que soit l'activité exercée.

6.2.3. Concernant le volet neurologique, l'expert de cette discipline, le Dr E._____, a également procédé à des investigations cliniques exhaustives de la recourante (des fonctions supérieures, des nerfs crâniens, de la sensibilité/motricité), qui n'ont pas mis en évidence de trouble du langage, de la sensibilité ou de déficit moteur, la recourante ayant un tonus normal et des réflexes ostéo-tendineux hypervifs mais symétriques (dos. AI p. 226). Ne minimisant pas les douleurs éprouvées, ce spécialiste a essayé de décrire au plus précis leur nature en fonction des symptômes

décrits par la recourante. Il a ainsi tout d'abord fait mention de douleurs essentiellement mécaniques à l'exception d'une composante neurogène dans une zone précise, de la face latérale du genou gauche jusqu'aux régions péronières et jusqu'à la totalité du pied gauche. Face à l'intensité du trouble douloureux ressenti, l'expert a, à juste titre, à l'instar de ses confrères, évoqué les nombreuses investigations complémentaires effectuées (analyses biologiques, scintigraphie osseuse, ENMG, radiographies, échographies, IRM), relevant de manière pertinente que les multiples examens n'ont jamais pu mettre en lumière l'origine des maux éprouvés. Gardant lui aussi à l'esprit l'opération à la cheville gauche ayant eu lieu en novembre 2018 et l'éventualité de possibles complications postopératoires, l'expert a mis en évidence un trouble douloureux dans le territoire du nerf fibulaire gauche, qu'il considère possiblement secondaire à l'intervention de 2018, tout en relevant néanmoins que l'examen clinique ne révèle aucune anomalie en ce sens. Enfin, afin de poursuivre jusqu'à son terme son raisonnement, l'expert ne s'est pas contenté de données résultant de ses propres constatations. Il s'est également référé aux résultats de l'électroneuromyogramme (ENMG) effectué le 19 août 2019 (dos. AI p. 93 et 94), qui a révélé une neurographie sensitive et motrice normale des nerfs suraux, des nerfs péroniers superficiels et profonds et des nerfs tibiaux dans les normes, permettant ainsi d'exclure définitivement, à son sens, toute atteinte neuropathique.

Contrairement aux allégations de la recourante, les conclusions de l'expert en neurologie ne sont pas en contradiction avec celles des médecins traitants de la recourante. Le Dr L. _____, spécialiste en neurologie, a fait état, dans son rapport médical du 19 août 2019, à l'instar de l'expert en neurologie mandaté, d'une possible atteinte du tronc sciatique distale gauche au niveau du genou en raison d'un bloc anesthésique post-opératoire (suite à l'intervention à la cheville gauche en novembre 2018). Après un examen clinique approfondi de sa patiente et après avoir collecté des données électrophysiologiques, il n'a, lui non plus, pu apporter de signes objectifs en faveur d'une atteinte neurologique, précisant que l'examen électrophysiologique des branches terminales du nerf sciatique gauche était parfaitement normal (dos. AI p. 92). Les trois avis médicaux successifs des 25 mars, 13 juillet et 10 septembre 2021 du Dr H. _____, qui suit la recourante depuis 2019, rapportent plusieurs infiltrations effectuées dans le nerf fibulaire commun au Centre de la douleur, interventions, qui bien que topiques dans le cas d'une atteinte neuropathique, n'ont, en l'occurrence, pas amené les améliorations escomptées, ce spécialiste ayant attesté une évolution non favorable avec la persistance de douleurs d'allure neuropathique.

Enfin, l'existence d'un syndrome douloureux régional complexe a été envisagée, puis niée, les multiples investigations pratiquées au niveau radiologique (notamment scintigraphie osseuse, ENMG, IRM, examen selon les critères de Budapest) et les examens cliniques ciblés n'ayant pu mettre en évidence les signes cliniques topiques (tuméfaction, rougeur, changement de couleur de la peau, sentiment de chaleur, perte de de fonction).

Quant à l'ultime rapport médical du 14 septembre 2023 du Dr K. _____, il met en avant-plan des douleurs lombaires sévèrement invalidantes (dos. AI p. 391), s'accordant ainsi avec l'avis de ses confrères, à savoir que l'état douloureux de la recourante ne peut être clairement localisé, confortant ainsi la thèse que la recourante souffre de fibromyalgie.

En l'absence d'éléments tangibles permettant de mettre en doute les affirmations de l'expert en neurologie, il convient de se rallier à ses conclusions selon lesquelles il n'existe aucun diagnostic neurologique incapacitant, et, partant, aucune limitation significative et durable de la capacité de travail sur le plan neurologique.

6.2.4. Sous l'angle psychiatrique enfin, l'experte en psychiatrie, la Dre F. _____, après avoir rappelé le contexte de ses investigations, a restitué par larges extraits le dossier médico-asséurologique. Elle a dressé un état minutieux des plaintes restituitif des indications spontanées de la recourante (dos. Al p. 270) et des données livrées par celle-ci suite à un questionnement ciblé sur divers sujets (douleurs actuelles, déroulement des journées, hobbies, tâches ménagères, mesures thérapeutiques, médication actuelle; dos. Al p. 270 à 274), l'ensemble de ces éléments factuels contribuant à ancrer cette évaluation spécialisée dans un contexte de vie aussi concret que possible. Puis, sur la base de ses propres constatations médicales (dos. Al p. 274 à 276), l'experte a arrêté le diagnostic, sans répercussion sur la capacité de travail, de syndrome douloureux somatoforme persistant évoluant depuis 2018 en raison de plaintes douloureuses non entièrement expliquées par des raisons somatiques (dos. Al p. 276), à l'origine d'une détresse psychique.

Pour arriver à cette conclusion, l'experte a tout d'abord pu observer chez la recourante un cours de la pensée n'étant ni perturbé, ni ralenti ou altéré d'une quelconque manière (pas d'idées délirantes de pensées illogiques ou paralogiques). Son discours a été qualifié d'informatif et fluent, sans anomalie (notamment pas d'aphasie), l'experte notant même que les réponses aux questions étaient rapides. Consciente du fait que l'anamnèse systématique de l'expertisée mettait en évidence une possible altération de l'humeur chez la recourante (dos. Al p. 270), du fait d'un sentiment de tristesse et d'idées noires de nature (toutefois seulement) intermittente, sans perte complète de plaisir et d'intérêt, l'experte n'a pas pu observer un masque facial triste ou mélancolique chez l'expertisée, cette dernière apparaissant même comme étant réactive sur le plan émotionnel.

Dans l'examen de l'existence (ou non) d'une possible pathologie entrant dans la sphère des troubles de l'humeur (dos. Al p. 275), l'experte n'a pas ignoré les épisodes de pleurs de la recourante durant l'examen clinique, toutefois brefs et ciblés, et en lien *uniquement* à l'évocation de certains sujets, concernant son enfance, le décès de sa mère ou ses difficultés somatiques. Dans l'éventualité de la présence d'un trouble entrant dans la lignée des épisodes dépressifs (CIM-10: F32 et F33), évoquant le fait que le chirurgien orthopédiste traitant de la recourante a décrit sa patiente comme *désespérée* (dos. Al p. 277), l'experte n'a pas pu observer les manifestations caractéristiques consistant en une altération de la concentration, la présence d'asthénie physique ou psychique ou encore une fatigue, celle-ci étant certes verbalisée par la recourante sans néanmoins pouvoir être objectivée. Dans ce contexte, l'experte a mentionné qu'au terme de son examen clinique (ayant duré 1h15), qui a suivi celui en neurologie (de deux heures), la recourante ne présentait pas de fatigue objectivable, relevant avec étonnement que la recourante avait, préalablement aux examens cliniques précités, voyagé deux heures en voiture.

Se référant également à l'avis médical de la généraliste de la recourante, la Dre D. _____, qui a retenu, le 23 mars 2021, un état anxio-dépressif réactionnel, l'experte a envisagé, puis nié, une possible symptomatologie anxieuse chez l'assurée, n'ayant pu objectiver aucune manifestation d'hyperactivité neurovégétative, un trouble aigu anxieux (pas de ruminations anxieuses mais uniquement des questionnements d'avenir; dos. Al p. 270) ou une anxiété généralisée. Du fait de l'absence de signes d'anxiété, l'on ne saurait reprocher à l'experte, comme le fait la recourante, de n'avoir pas retenu la présence d'un état de stress post-traumatique (selon l'argumentation médicale figurant sous CIM-10: F43.1), en l'absence de symptômes typiques propres à cette pathologie, comme le seraient un hyperéveil neuro-végétatif, la reviviscence répétée de l'événement traumatique, des souvenirs envahissants ("flashbacks"), des rêves, des cauchemars (la recourante présente certes des troubles du sommeil mais en raison des douleurs, dos. Al p. 270), une

anesthésie psychique durable, un détachement par rapport aux autres ou encore une modification durable de la personnalité, ce d'autant moins que la recourante se décrit comme étant joyeuse, dynamique et en principe positive.

Enfin, dans un souci d'exhaustivité, l'experte a également envisagé la présence de troubles relevant de la sphère psychotique, qu'elle a écartés (dos. AI p. 275), et un éventuel trouble de la personnalité, qu'au vu de l'absence des éléments constitutifs, elle a également exclu, tout en retenant néanmoins l'existence de traits émotionnellement labiles légers chez l'expertisée.

Au vu des éléments évoqués plus haut, il y a lieu de se rallier aux conclusions de l'experte qui a mis en lumière de manière pertinente que le tableau clinique de la recourante était pauvre sous l'angle psychiatrique (dos. AI p. 277). En sus de l'analyse exhaustive qu'elle a livrée, l'experte a, à juste titre également, mentionné que la recourante, réticente à ce sujet, ne faisait (au moment de l'expertise) pas l'objet d'un suivi psychiatrique. Quant à la prise de l'antidépresseur prescrit par sa généraliste traitante depuis 2018, les résultats de laboratoire ont révélé une mauvaise compliance médicamenteuse (dos. AI p. 278).

Enfin, une certaine incohérence est relevée par l'experte entre l'absence de gravité des plaintes spontanées et l'affirmation par la recourante qu'elle ne pourrait plus travailler. En tout état de cause, l'experte a mis en évidence les ressources indéniables dont la recourante dispose, tant sur le plan personnel (avec notamment une bonne capacité de communication, des compétences relationnelles, une certaine endurance) que sur le plan externe (elle vit une relation harmonieuse depuis de nombreuses années avec son compagnon).

Les conclusions de l'experte en psychiatrie, qui a retenu, au terme de son examen clinique, un syndrome douloureux somatoforme persistant non invalidant, présent depuis 2018, apparaissent par conséquent, comme étant pertinentes.

6.2.5. Quant à l'avis subséquent de la Dre M. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a débuté un suivi psychiatrique avec la recourante le 26 avril 2022, soit un mois après l'évaluation consensuelle (du 17 mars 2022) des experts, et trois mois après l'examen clinique réalisé par l'experte en psychiatrie (décembre 2021), il ne permet pas d'arrêter une autre conclusion. Le tableau clinique décrit brièvement par la psychiatre traitante, mettant en lumière un état d'hypervigilance et d'alerte, justifiant aux yeux de cette dernière de retenir le diagnostic d'état de stress post-traumatique, est diamétralement opposé aux avis médicaux versés au dossier ayant jalonné le parcours médical de la recourante. En effet, il n'a à aucun moment été rapporté chez la recourante une situation ou un événement traumatisant d'une intensité telle pouvant expliquer les symptômes de détresse décrits par la Dre M. _____ et justifiant de retenir un état de stress post-traumatique de nature invalidante. De plus, si l'on considère que la période séparant la survenance d'un événement traumatisant (en l'espèce selon les déclarations de la recourante un abus et des actes de violence à son encontre durant l'enfance et l'adolescence) et les troubles psychiatriques subséquents varie, en règle générale, de quelques semaines à quelques mois (cf. CIM-10: F43.1), l'on ne peut que s'étonner du tableau clinique décrit (nouvellement) dès avril 2022 (que l'experte psychiatre a confirmé dans son rapport du 26 juin 2023, dos. AI p. 338), soit près de 30 ans après l'événement traumatisant (durant l'enfance ou l'adolescence). Il n'est également pas exclu, sans minimiser les souffrances de la recourante, que l'état de santé de cette dernière, décrit comme en aggravation en avril 2022, soit de nature réactionnelle à l'évaluation consensuelle du 17 mars 2022, qui n'a retenu aucune pathologie invalidante et, partant, une capacité de travail pleine et entière excluant toute prestation AI, pouvant ainsi donner l'impression à la recourante de ne pas être

reconnue dans ses souffrances. Enfin, sans remettre en doute la valeur du test effectué par la psychiatre traitante (en l'espèce le test PCLS, Posttraumatic stress disorder Checklist Scale, Echelle de l'état de stress post-traumatique), celui-ci, comme elle l'indique elle-même dans son rapport du 26 juin 2023 (dos. AI p. 376), est certes un bon indicateur (dos. AI p. 376). Il ne saurait néanmoins, en tant que tel, primer d'emblée sur l'analyse méthodique et convaincante de l'experte psychiatre quant au diagnostic retenu et à son absence d'effets sur la santé.

Au vu de ce qui précède, le complément d'expertise psychiatrique du 5 octobre 2022, confirmant les conclusions du 17 mars 2022 (absence d'atteinte invalidante sur le plan psychiatrique) et rédigé à la lumière des conclusions de la Dre M. _____, ne prête ainsi pas le flanc à la critique.

Enfin, l'avis psychiatrique du 26 septembre 2023 du Dr N. _____, spécialiste en psychiatrie, requis dans le cadre de l'hospitalisation (pour raisons rhumatologiques) de la recourante afin d'envisager des thérapies dans le cadre du traitement de la douleur, qui se limite à une synthèse psychiatrique de seulement quelques lignes (une vingtaine), doit être qualifié de bref et l'évaluation psychiatrique de limitée, comme le relève très justement son auteur (dos. AI p. 400).

Il résulte de ce qui précède que les conclusions du 27 mars 2022 de l'experte en psychiatrie demeurent, au moment de la décision litigieuse, actuelles.

Le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant non invalidant présent depuis 2018 et son absence d'effet sur la capacité de travail de la recourante doit ainsi être confirmé.

6.2.6. Finalement, l'évaluation consensuelle opérée par les experts livre une appréciation coordonnée des atteintes concernées.

Dans leur expertise consensuelle, les experts se sont mis d'accord pour retenir que la recourante était (avait toujours été) en mesure de travailler à 100%, tant dans l'activité précédemment exercée, que dans une autre activité, compte tenu de l'absence de diagnostic (avec incidence sur la capacité de travail) et de restrictions fonctionnelles retenues dans chacun des volets de l'expertise. Le pensum exigible ainsi arrêté rejoint également l'appréciation émise par le SMR dans son rapport du 30 juin 2023 (dos. AI p. 374).

6.3. Quant au rapport médical succinct du 1^{er} mars 2023 du Dr G. _____ déposé durant l'instruction du présent recours, il n'apporte pas d'éléments permettant de s'écarter des conclusions de l'expertise pluridisciplinaire du 17 mars 2022. Il y est certes fait mention d'une greffe osseuse datant du 27 septembre 2022 ayant amélioré la situation sur le plan des douleurs mécaniques lors de la pose du pied alors que l'intensité du trouble douloureux est inchangée au niveau du nerf péronier commun, cette symptomatique douloureuse ayant déjà été connue des experts.

6.4. Il faut donc conclure que l'expertise pluridisciplinaire du 17 mars 2022 (et son complément du 5 octobre 2022) s'avère claire, complète et convaincante, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'entreprendre ou d'ordonner des investigations médicales supplémentaires qui n'apporteraient rien de nouveau au dossier déjà suffisamment instruit. L'expertise répond aux critères posés par la jurisprudence pour lui accorder une pleine valeur probante. Cette conclusion s'impose tant pour les aspects spécifiquement médicaux, que pour l'estimation de la capacité de travail, pleine et entière depuis toujours, quelle que soit l'activité exercée.

6.5. A noter encore que pour des raisons de proportionnalité (aucun élément ne permet d'admettre une incapacité de travail de longue durée) et dans la mesure où il n'existe pas d'atteinte

à la santé déterminante du point de vue de l'AI sur le plan psychique ayant une quelconque influence sur la capacité de travail et de rendement de la recourante, il peut être renoncé à une procédure probatoire structurée (cf. ATF 145 V 215 consid. 7).

7.

7.1. En conclusion, on doit donc retenir, à l'instar de l'autorité intimée dans sa décision litigieuse du 27 novembre 2023, qu'en l'absence de diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail, la recourante ne présente aucune atteinte invalidante à la santé. C'est donc à bon droit que l'OAI a exclu tout droit de la recourante à une rente AI.

Le recours (608 2024 6) doit par conséquent être rejeté et la décision du 27 novembre 2023 confirmée.

7.2. La procédure n'étant pas gratuite, les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante qui succombe. Ils sont compensés par l'avance de frais du même montant versée.

Vu l'issue de la procédure, il n'est pas octroyé de dépens.

(dispositif en page suivante)

la Cour arrête :

I. Le recours (608 2024 6) est rejeté.

Partant, la décision de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg du 27 novembre 2023 est confirmée.

II. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de A._____. Ils sont compensés par l'avance de frais versée.

III. Il n'est pas alloué de dépens.

IV. Notification.

Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite.

Fribourg, le 14 février 2025/afb

La Présidente

La Greffière-rapporteure